

Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos

Fernando Aith
Nayara Scalco



resumo

O direito à saúde, reconhecido pela Constituição de 1988, ainda encontra no Brasil desafios complexos para a sua plena efetivação. Com a urbanização acelerada da sociedade brasileira, os centros urbanos se tornaram estratégicos na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A concentração populacional e econômica das cidades resulta em um conjunto expressivo e variado de necessidades e demandas por saúde. Os centros urbanos também concentram grande número de pessoas em condições de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e culturais. Este artigo trata do direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos, contextualizando o tema e os conceitos e apresentando uma análise crítica sobre a organização do SUS para a atenção à saúde dessa população.

Palavras-chave: direito à saúde; centros urbanos; vulnerabilidade; Sistema Único de Saúde – SUS.

abstract

The right to health, enshrined in the Brazilian 1988 Constitution, is still faced with complex challenges for its full realization. As Brazilian society becomes increasingly urban, urban centers have become strategic in the organization of the Unified Health System – SUS. The population and economic concentration in cities results in a significant and varied array of needs and demands for health. Urban centers are also home to large numbers of people under biological, social, economic, and cultural vulnerabilities. This paper addresses the right to health of people under vulnerable conditions in urban centers; puts the issue and the concepts into context, and presents a critical analysis of how SUS is organized to provide appropriate health care to those people.

Keywords: *right to health; urban centers; vulnerability; Brazilian Unified Health System – SUS.*



direito à saúde, reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ainda encontra no país uma série de desafios extremamente complexos para a sua plena efetivação. Para dar conta do direito à saúde, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou que as ações e os serviços públicos de saúde devem ser oferecidos de maneira

universal, integral e igualitária.

Com a urbanização acelerada da sociedade brasileira, os centros urbanos se tornaram estratégicos na formatação e organização do sistema público de saúde brasileiro, o SUS. A grande concentração populacional e econômica desses centros resulta em um conjunto expressivo e variado de necessidades e demandas por saúde. Justamente por concentrarem grandes contingentes populacionais, os centros urbanos também concentram grande número de pessoas em condições de vulnerabilidades biológicas, socioeconômicas e culturais.

Para enfrentar o desafio de garantir o direito universal à saúde e, ao mesmo tempo, proteger de forma eficaz as necessidades especiais das pessoas em condições de vulnerabilidade, a estruturação do SUS segue duas estratégias complementares: 1) organizar uma rede geral de ações e serviços públicos de saúde, voltados a oferecer uma atenção à saúde de acesso universal, integral e igualitário; 2) organizar, dentro dessa rede geral, redes de aten-

ção especial à saúde de grupos populacionais específicos, conforme condições biológicas, sociais, econômicas ou culturais.

O presente texto não pretende discutir a organização jurídico-administrativa do SUS de forma geral, mas sim apresentar as especificidades políticas criadas para os grupos em condição de vulnerabilidade, com enfoque para os que vivem em centros urbanos. A partir desse panorama, procura-se refletir sobre a relação necessária entre a rede geral do SUS e os serviços específicos criados pelas políticas voltadas às pessoas em condições de vulnerabilidade.

Nesse sentido, este artigo trata do tema do direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos da seguinte forma: inicialmente, contextualiza o tema e apresenta considerações conceituais sobre vulnerabilidade e direito à saúde; em seguida, analisa criticamente de que forma o Estado brasileiro está organizando o Sistema Único de Saúde para garantir o direito à saúde das pessoas em condição de vulnerabilidade, com enfoque para os centros urbanos; ao final, apresentam-se algumas considerações gerais sobre

FERNANDO AITH é advogado, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (DMP/FMUSP) e vice-coordenador científico do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP.

NAYARA SCALCO é bióloga e doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP).

o atual estado da arte no que se refere à atenção à saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade nos centros urbanos.

SAÚDE, DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ÀS PESSOAS EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE

A Constituição de 1988 reconheceu expressamente a saúde como um direito fundamental em seus artigos 6º e 196¹. O reconhecimento constitucional da saúde como um direito significou um grande avanço do estado democrático de direito brasileiro e acarretou múltiplas inovações legislativas e institucionais. É sempre bom lembrar que a saúde não era reconhecida como um direito antes da Constituição de 1988 e, por tal razão, o Estado não tinha os deveres jurídicos hoje previstos no texto constitucional e na legislação complementar.

Passados mais de 20 anos da aprovação do texto constitucional e do reconhecimento expresso da saúde como um direito, os desafios que se impõem no campo da ciência jurídica e da saúde pública no Brasil concentram-se na necessidade de oferecer ao cidadão garantias concretas e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado, de forma universal, igualitária e integral. Se a saúde é um direito fundamental reconhecido pela Constituição, qual o exato contorno desse direito? Qual seria a extensão do dever do Estado de promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas?

Desde o início da história ocidental, as sociedades sempre reconheceram a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde individual, identificando a relação de certas doenças com as condições de vida, a inserção social e

o ambiente de trabalho (Hipócrates, 1950; Paracelsus, 1941; Engels, 1986). O conceito de saúde somente pode ser determinado considerando-se a realidade de uma sociedade concreta, cujos cidadãos participem tanto da definição de seus contornos gerais quanto do controle de sua fixação em cada caso particular.

Saúde como conceito dinâmico: o subjetivo, o social, o econômico e o cultural na determinação da saúde

Apesar da força da corrente de pensamento que buscou conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças – que se afirmou no século XIX, com o predomínio do paradigma positivista na ciência –, ao longo do século XX as grandes guerras e a evolução teórica sobre o conceito de saúde fizeram com que a humanidade percebesse de forma definitiva a vinculação indissociável entre o estado de saúde das pessoas e o ambiente social onde elas se inserem (Winslow, 1923; Rosen, 1958; Herzlich, 1969). Assim, a sociedade global, logo após a Segunda Guerra Mundial, afirmou que a saúde é um direito essencial dos seres humanos e criou a Organização Mundial da Saúde (OMS), que, no preâmbulo de sua constituição, assim a conceitua: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Esse é o principal conceito jurídico expressamente previsto em um instrumento legal que possui vigência no Brasil, conceito este que veio a ser reforçado pelos artigos 2º e 3º da Lei n. 8.080/90².

1 “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

2 O texto dos arts. 2º e 3º da Lei 8.080/90 detalha o conceito da OMS:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

A complexidade e a amplitude do atual conceito legal de saúde, que reconhece a essencialidade do equilíbrio interno dos seres humanos com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a compreensão da saúde, fazem com que ele somente possa ser determinado em cada realidade socioeconômica e cultural. Ao mesmo tempo, para ter saúde é preciso considerar as características individuais, físicas e psicológicas e, também, o ambiente social e econômico em que vive a pessoa – tanto o ambiente mais próximo das pessoas quanto o ambiente macrorregional ou global. Portanto, ninguém pode, individualmente, ser totalmente responsável por sua saúde. Com efeito, não se pode negar que o arranjo genético influi decisivamente para o aparecimento de doenças, ou que a queda de certa altura implicará, muito provavelmente, uma fratura óssea e que, em ambas as hipóteses, a saúde se encontra prejudicada. Do mesmo modo, uma pessoa angustiada ou deprimida não se dirá saudável. Todas essas situações estão mais próximas das características individuais, embora seja possível encontrar em todas elas traços que as ligariam à organização social ou política que as envolvem.

Em síntese, a saúde é determinada por um conjunto de fatores concretos que orientam a vida do indivíduo. Influem na saúde, portanto, fatores individuais, como as condições físicas e mentais; fatores sociais, como o ambiente urbano insalubre ou a ausência de serviços básicos; fatores econômicos, como a recessão e o desemprego; fatores políticos, como a discriminação e as guerras civis.

A vulnerabilidade e os centros urbanos destacam-se, nesse contexto, como elementos fundamentais de análise e reflexão no que se refere à efetivação plena do direito à saúde, por exigirem do Estado uma atenção especial às necessidades diferenciadas de pessoas em condições vulneráveis, sobretudo nas metrópoles. A identificação dos fatores que causam a vulnerabilidade e a adoção de medidas efetivas de atenção à saúde das pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade são desafios impostos ao Estado brasileiro para a garantia do direito à saúde de forma universal, igualitária e integral.

Vulnerabilidades no SUS à luz dos princípios constitucionais de universalidade, igualdade, integralidade e equidade

A Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, definindo-o, no seu artigo 198, como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde. Os grandes responsáveis pela organização e execução das ações e serviços públicos de saúde são os órgãos do Poder Executivo de cada ente federativo brasileiro. Para auxiliar o administrador público na sua importante tarefa, o legislador constitucional optou por expressamente inserir no texto da Constituição as linhas mestras que deveriam ser seguidas para que o SUS se concretizasse de maneira condizente com a dignidade da pessoa humana e com o pleno respeito aos direitos humanos.

Os princípios do SUS fornecidos pela Constituição Federal servem de base para o sistema e constituem seus alicerces. Uma vez estabelecidos os princípios que organizam o SUS, a Constituição aponta os caminhos (diretrizes) que devem ser seguidos para que se alcancem os objetivos nela previstos. Se os princípios são os alicerces do sistema, as diretrizes são os seus contornos. O recado dado pela Constituição resta evidente: os objetivos do SUS devem ser alcançados de acordo com princípios fundamentais e em consonância com as diretrizes expressamente estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde. Tais princípios e diretrizes vinculam todos os atos realizados no âmbito do sistema (sejam eles da administração direta ou indireta, sejam eles serviços públicos prestados por terceiros privados, sejam eles atos normativos ou fiscalizadores).

Quatro grandes princípios do SUS podem ser extraídos do artigo 196 da Constituição Federal. De acordo com esse artigo, o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Derivam daí os princípios da universalidade do sistema, da igualdade no tratamento dado pelo Estado à saúde de todos. Significa dizer que as ações e os serviços públicos de saúde, realizados, portanto, pelo SUS, devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e devem ser fornecidos de forma igualitária. De tais princípios

decorre que as ações e os serviços de saúde devem ser prestados sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente, para que o acesso seja efetivamente universal.

O terceiro princípio que pode ser extraído do artigo 196 da Constituição é o da integralidade das ações e serviços de saúde do SUS, que devem abranger a promoção (educação em saúde, espaços de lazer e esporte, por exemplo), a proteção (vigilância em saúde, vigilância sanitária, saneamento básico, por exemplo) e a recuperação (assistência médica hospitalar, ambulatorial e farmacêutica, urgências e emergências, por exemplo) da saúde individual e coletiva.

Finalmente, o SUS deve observar, em sua organização, o princípio da equidade. Por esse princípio, o Estado deve organizar a sua rede pública de saúde de forma que trate desigualmente os desiguais na medida em que se desigalam. O tratamento desigual dado a quem precisa é uma exigência que o princípio da equidade impõe ao Estado justamente para garantir o princípio da igualdade. Se o serviço público de saúde fosse oferecido de forma igualitária a todos, sem consideração das diferenças sociais, biológicas, econômicas ou culturais existentes entre as pessoas, o princípio da igualdade apenas serviria para esconder as iniquidades sociais e individuais e, com isso, preservar ou promover injustiças. Assim, em nome do princípio da equidade é que o SUS organiza serviços voltados à atenção especial de grupos sociais como os idosos, as crianças, as gestantes ou os povos indígenas.

PECULIARIDADES DO DIREITO À SAÚDE PARA PESSOAS EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE NOS CENTROS URBANOS

De acordo com o Censo do IBGE de 2010, vivem nos centros urbanos brasileiros 84,5% da população. Dentro desse grupo populacional urbano, especial destaque deve ser dado para os que vivem nas metrópoles, que são agrupamentos de municípios com alta densidade demográfica, variando de 18,36 habitantes/km², na região de Lages em Santa Catarina, a 2.476,82 habitantes/km² na Região Me-

tropolitana de São Paulo. No Brasil há 39 regiões consideradas regiões metropolitanas, que abrigam 46,8% da população brasileira (89.420.179 pessoas) e representam o espaço territorial onde se encontram, de forma concentrada, as diversas condições de vulnerabilidade possíveis, desde as biológicas até as socioeconômicas e culturais, em um contexto de trabalhos precarizados e altos índices de violência.

Esses grandes centros urbanos, destinos mais procurados pelos migrantes e imigrantes por apresentarem melhor realidade econômica e oportunidades de emprego e estudo, pouco se planejam para esse fluxo de novos moradores. Assim, crescem em todas as regiões do país as áreas habitadas por pessoas em moradias precárias, formando ocupações urbanas irregulares que afetam as condições de saúde desses cidadãos.

Essa grande concentração nos centros urbanos resulta também na concentração de pessoas em condição de vulnerabilidade, que, agrupadas conforme a especificidade da vulnerabilidade subjetiva, possuem necessidades específicas de saúde que diversificam as necessidades e tornam, assim, mais complexas as dificuldades de organizar a rede pública de assistência à saúde da população que vive nos centros urbanos.

Seja em razão do grande número de pessoas concentradas em um território urbano, seja em razão das dinâmicas próprias da vida em centros urbanos, o fato é que tanto as vulnerabilidades decorrentes de condições biológicas quanto as decorrentes de condições socioeconômicas e culturais podem ser encontradas com maior prevalência e gravidade nos centros urbanos do que na área rural.

INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE E CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE

No Brasil, país com dimensões continentais, a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população é de grande relevância e impacta fortemente as necessidades de saúde de cada região. Nesse contexto, as políticas públicas de saúde organizadas pelo Estado vêm trabalhando fortemente com o conceito de grupos em condição de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade vem sendo estudado e trabalhado por diversos autores e está relacionado a grupos sociais marginalizados, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos os cidadãos (Ayres, 1997, 2002; Ayres et al., 2003; Mendes & Tavares, 2011; Janczura, 2012). Essa marginalização confere fragilidade a esses grupos, comumente formados por cidadãos que vivem em contextos socioeconômico-culturais mais precários e complexos.

Quando se trata de pessoas em condição de vulnerabilidade na área da saúde, pode-se identificar claramente dois tipos: vulnerabilidade por condições de saúde, que afeta aqueles que, por alguma condição biológica ou do ciclo de vida, necessitam de cuidado mais específico; e vulnerabilidades socioeconômico-culturais oriundas da condição de vida de determinado grupo e/ou indivíduo, que o torna mais fragilizado socialmente e dependente de tratamento diferenciado a ser dado pelo sistema público de saúde.

Hoje no Brasil muito se discute sobre as iniquidades de saúde que atingem principalmente os grupos em condição de vulnerabilidades socioeconômico-culturais. A análise de alguns indicadores demográficos sociais do país nos permite perceber claramente essas iniquidades. O país, em 2010, totalizou 190.755.799 pessoas, segundo o Censo do IBGE. Desse total, 84,4% residem em área urbana,

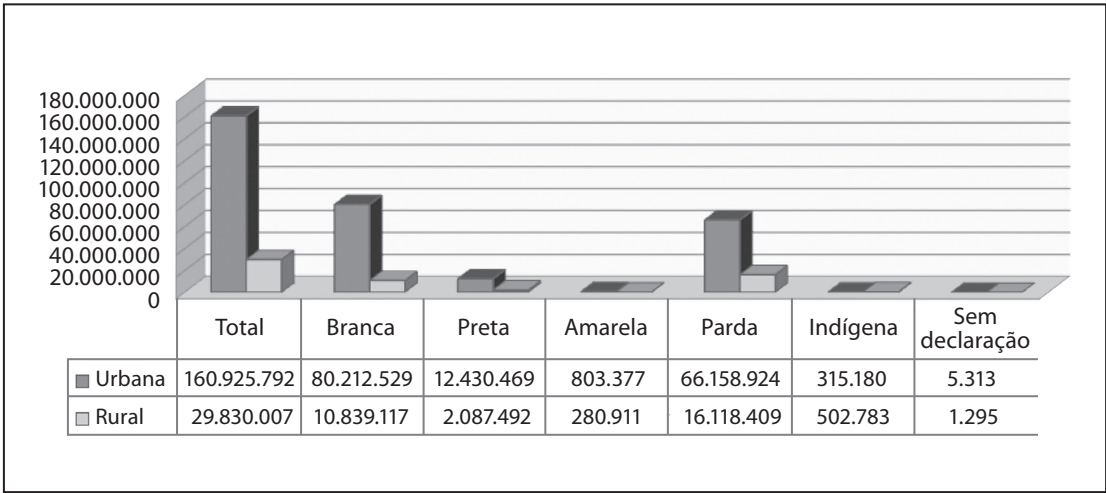
consolidando um modelo de organização da sociedade brasileira extremamente urbanizado e fazendo com que os centros urbanos representem hoje o eixo por onde passa a vida da grande maioria dos brasileiros, exigindo atenção especial na organização do SUS para que essas pessoas tenham acesso às ações e aos serviços públicos de saúde.

As iniquidades no Brasil atingem a população de diversas formas. Considerando-se o nível de alfabetização como uma condição sensível de vulnerabilidade, percebe-se que o analfabetismo concentra-se na zona rural, com maiores proporções dentre a população indígena, parda e preta. Enquanto 5,62% da população branca que vive em centros urbanos é analfabeta, o mesmo problema atinge 10,32% da população preta e 8,35% da população parda que vivem em centros urbanos (IBGE, 2010).

O mesmo fenômeno de vulnerabilidade social de parcela específica de nossa população pode ser verificado em outros indicadores, como renda e moradia. De acordo com o IBGE, os rendimentos mensais dos brancos (R\$ 1.538) e amarelos (R\$ 1.574) se aproximaram do dobro do valor relativo aos grupos de pretos (R\$ 834), pardos (R\$ 845) ou indígenas (R\$ 735). No que se refere a moradia, estudo feito pela Fundação João Pinheiro aponta que 82,5% das famílias que vivem em moradias precárias, inadequadas ou estão sem moradia possuem renda inferior a três salários mínimos (SM);

FIGURA 1

Distribuição da população brasileira por raça/cor e situação de residência



Fonte: Censo Demográfico do IBGE de 2010

10,1%, renda entre três e cinco SM; 5,6%, renda entre cinco e dez SM; e 1,8%, renda superior a dez SM (Fundação João Pinheiro, 2014).

Recentemente alguns centros urbanos brasileiros vêm sendo destino de um novo tipo de população vulnerável para o país, que é o imigrante ilegal. No município de São Paulo, por exemplo, chamam a atenção das autoridades públicas os fluxos migratórios de haitianos e bolivianos. Enquanto os dados oficiais do IBGE apontavam 17.960 bolivianos vivendo no município de São Paulo em 2010, já no ano de 2013 o Consulado da Bolívia calculava em aproximadamente 100 mil os bolivianos vivendo em São Paulo, muitos em condição irregular (*Folha de S. Paulo*, 2013). Muitos desses imigrantes que chegam aos centros urbanos brasileiros têm dificuldades com a língua, a cultura e, principalmente, com a regularização documental de sua permanência no país, fato que os torna vulneráveis a diversos tipos de problemas sociais (trabalho, renda). A falta de documentos que regularizem a permanência do imigrante ilegal no país afeta o acesso à rede pública de saúde por diversas razões: pelo desconhecimento por parte dos imigrantes de seus direitos relacionados com a saúde no Brasil; pelo medo que os imigrantes em situação irregular têm de se comunicar com agentes do Estado e, assim, ter sua condição de ilegalidade descoberta; e, ainda, pelo desconhecimento dos agentes públicos que atuam na rede de saúde, que recusam o atendimento por falta de documentação.

Vê-se, portanto, que a vulnerabilidade pode ser causada por iniquidades sociais diversas, como renda, cor, educação ou local de moradia. Assim, os desafios do sistema de saúde brasileiro envolvem a necessidade de superar as dificuldades provocadas por essas iniquidades, especialmente nos centros urbanos, que concentram grande parte de nossa população.

ORGANIZAÇÃO DO SUS PARA O ATENDIMENTO DAS PESSOAS EM CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE

Como sistema universal, o SUS está organizado para atender a todos os que estiverem em território nacional. Para além de sua rede geral

de serviços, voltada a todos indistintamente, o Sistema Único de Saúde brasileiro vem trabalhando na linha de construção de políticas estratégicas que visam contemplar e orientar as ações em saúde para grupos populacionais em condição de vulnerabilidade. Essas políticas podem ser diferenciadas em três tipos, a saber: 1) políticas de saúde voltadas a grupos em vulnerabilidade socioeconômico-cultural; 2) políticas de atenção à saúde indígena; 3) políticas de atenção por fases dos ciclos de vida.

A divisão nesses três tipos considera o objetivo principal de cada política. O primeiro tem o foco principal na equidade da atenção e na quebra de preconceitos; o segundo visa à garantia do acesso à saúde de forma integral e respeitando as diferenciações culturais; já o terceiro foca a orientação técnica e assistencial no cuidado nos diferentes momentos do ciclo de vida ou em condições biológicas específicas, como os privados de liberdade e pessoas com deficiência.

Políticas de saúde e vulnerabilidades socioeconômicas e culturais

Entre as políticas que visam à equidade na atenção à saúde de grupos em vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, incluem-se políticas para a população negra (Brasil, 2009), população LGBT (Ministério da Saúde, 2013a), populações do campo, da floresta e das águas (Ministério da Saúde, 2013b) ou, ainda, pessoas em situação de rua (Brasil, 2009). Os imigrantes, embora se encontrem em condições de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, não são assistidos por uma política de saúde específica, estando sujeitos às políticas gerais do SUS.

Essas políticas que focalizam as pessoas em condições de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais estão sob a responsabilidade do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. As ações do Ministério da Saúde caminham no sentido de apoiar os movimentos sociais e os conselhos de saúde no exercício do controle social das políticas de saúde, em especial as políticas de pro-

moção da equidade, da educação popular em saúde, e na mobilização social em defesa do direito à saúde. O ministério organiza-se para implementar políticas de promoção da equidade; compreender as condições sociais, econômicas, geográficas, de gênero, raça e orientação sexual como determinantes sociais de saúde; orientar o trabalho de promoção de políticas públicas que ajudem a diminuir as diferenças históricas no acesso ao SUS por parte de diversos grupos vulneráveis, como as populações negra, LGBT, do campo, da floresta e das águas, cigana e em situação de rua.

Há, portanto, um esforço institucional e político no sentido de organizar políticas públicas de saúde que deem atenção peculiar às pessoas em condições de vulnerabilidade social, econômica ou cultural, conforme as suas características específicas.

Saúde indígena

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, consolidada nos artigos 19A a 19H da Lei 8.080, de 1990, visa à atenção à saúde integral das populações indígenas no território nacional. Os povos indígenas, além de vulnerabilidade socioeconômico-cultural, apresentam uma importante condição de vulnerabilidade epidemiológica, com indicadores de saúde aquém da população brasileira, similares aos da década de 60. As especificidades dessa população garantiram a criação no SUS de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob gestão do governo nacional, atribuído ao Ministério da Saúde através da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Conforme o último Censo do IBGE, de 2010, a população indígena no Brasil é de 897 mil indivíduos, sendo que 325 mil moram em áreas urbanas (Censo IBGE, 2010), vivendo em dupla situação de vulnerabilidade, em decorrência seja de sua origem étnica, seja de sua nova situação de vida em ambiente urbano.

A política de saúde voltada à atenção indígena ainda não se estruturou plenamente. Apesar do avanço obtido com a sua inserção na Lei 8.080/90, ainda está longe a sua efetiva implementação no Brasil.

Políticas de atenção por características biológicas ou fases do ciclo de vida

As populações que necessitam de especial atenção por fases do ciclo de vida também foram contempladas com políticas específicas. Foram criadas formalmente políticas de saúde voltadas para as crianças (Ministério da Saúde, 2015), para as mulheres (com especial atenção às gestantes – Ministério da Saúde, 2011) e para os idosos (Ministério da Saúde, 2006).

As populações privadas de liberdade também contam com políticas públicas de saúde especiais. A principal denomina-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), no âmbito do SUS (Ministério da Saúde, 2014). Esse grupo populacional, além de vulnerabilidade socioeconômica decorrente de sua situação de privação de liberdade, apresenta grande vulnerabilidade epidemiológica pela vida em confinamento.

Finalmente, também contam com políticas públicas específicas as pessoas portadoras de deficiências (Ministério da Saúde, 2008). Essa política nacional, instrumento que orienta as ações do setor de saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n. 3.298/99 (Brasil, 1999), que considera como deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente como aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto, o direito à saúde para pessoas em condições de vulnerabilidade nos centros urbanos conta com uma proteção constitucional clara. No entanto, as condições socioeconômicas do Brasil, bem como o fato de o SUS ainda ser um projeto em andamento, fazem com que a atenção à saúde dos grupos populacionais em condição de vulnerabilidade fique muito aquém do desejado.

Se, de um lado, muito se avançou na especificação de políticas públicas de saúde voltadas para esses grupos populacionais, de outro, a ausência de um sistema público de saúde universal, integral e de qualidade afeta diretamente a qualidade dessas políticas específicas. Para que deem certo, é preciso que o SUS esteja estruturado adequadamente, já que grande parte das ações e dos serviços de saúde voltados aos grupos em condições de vulnerabilidade específicos é prestada no âmbito da rede de serviço geral do SUS.

Há que se considerar, ainda, de que forma a especificação de políticas auxilia na proteção do direito à saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade. Se, de um lado, essas políticas chamam a atenção do governante e da sociedade sobre um cuidado especial a ser dado, de outro, a fragmentação excessiva da política de saúde pode prejudicar a própria eficácia e resolubilidade da atenção especial que se quer

dar. Encontrar o equilíbrio entre os serviços gerais do SUS e os serviços especiais a serem oferecidos para os grupos em condições de vulnerabilidade é fundamental.

Importante notar, também, que as políticas de atenção voltadas à população com vulnerabilidades biológicas criadas no Brasil desde o advento do SUS são mais estruturadas e numerosas do que as políticas de atenção à saúde da população com vulnerabilidades socioeconômicas e culturais. Compreender o sentido dessas diferenças é uma tarefa que está colocada à sociedade brasileira, mas certamente a origem de tal diferenciação remonta às históricas desigualdades sociais, políticas e econômicas que caracterizam o Brasil. Enquanto as vulnerabilidades biológicas são universais (todos já fomos crianças, todos seremos idosos...), as vulnerabilidades socioeconômicas e culturais são socialmente setorizadas e atingem em geral grupos populacionais mais pobres ou mais discriminados socialmente.

Finalmente, destaque-se que as políticas de saúde em centros urbanos, para que deem conta da complexidade que envolve o cuidado à saúde nesses ambientes, devem ser planejadas e executadas de forma intersetorial, juntando diferentes conhecimentos técnicos e, principalmente, de forma participativa, de modo que a população se envolva na elaboração, no controle e na avaliação das políticas públicas de saúde em seus territórios.

BIBLIOGRAFIA

- AYRES, José Ricardo C. M. "Práticas Educativas e Prevenção de HIV/Aids: Lições Aprendidas e Desafios Atuais", in *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (11), 2002, pp. 11-24.
- _____; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C. "O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios", in D. Czeresnia; C. M. Freitas (orgs). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, pp. 117-39.
- AYRES, José Ricardo C. M. et al. "Aids, Vulnerabilidade e Prevenção", in *Anais do II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ, 1997, pp. 20-37.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.053 de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.
- CUTTER, Susan L. "A Ciência da Vulnerabilidade: Modelos, Métodos e Indicadores", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 2011, pp. 59-69.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo, Global, 1986.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Nota Técnica: Déficit Habitacional no Brasil 2011-2012. Resultados Preliminares. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/363-deficit-nota-tecnica-dh-2012/file>.
- HERZLICH, Claudine. *Santé et Maladie, Analyse d'Une Representation Sociale*. Paris, Mouton, 1969.
- HIPOCRATES. *The Medical Works of Hipocrates*. A new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, Ill. Thomas, 1950.
- MENDES, José Manuel; TAVARES, Alexandre Oliveira. "Risco, Vulnerabilidade Social e Cidadania", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 2011, pp. 5-8.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Série E. Legislação em Saúde. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único

- de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Constituição de 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- PARACELTUS. "On Miner's Sickness and Other Miner's Diseases", in *Paracelsus. Four Treatises of Theophrastus von Hohenheim Called Paracelsus*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1941.
- PEREIRA, Elvis. "Bolivianos se Tornam a Segunda Maior Colônia de Estrangeiros em SP", in *Folha de S. Paulo*, 16/6/2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/2013/06/1295108-bolivianos-se-tornam-a-segunda-maior-colonia-de-estrangeiros-em-sp.shtml>.
- ROSEN, George. *A History of Public Health*. New York, MD Publications, 1958.
- WINSLOW, Charles Edward Amory. *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven, Yale University Press, 1923.